

「医療的ケア教員講習会」受講申込書

受講を希望される方は「講習お申し込みの手順」をご確認いただき、申込書にご記入の上、FAXまたは郵送にてお申し込みください。

受講申込にあたっての手順と留意事項

【手順1】 「受講申込書」と「資格者証の写し」をFAXまたはメールでお申込ください

FAX 096-351-3756 Email: kumamoto@kaigo-center.or.jp

※修了証書に記載されますので、住所、氏名、生年月日は正確にはっきりとご記入ください。

※届きましたら確認のご連絡をいたしますので、申込後に連絡がない場合はセンターまで問い合わせください。

【手順2】 受講料等のお振込みをする。

①当センター所定の「請求書兼払込取扱票」が届きましたら、1週間以内に指定の金融機関へお振込みください。

②振込手数料は、お振込人様の負担とさせていただきます。

③振込票の控えをもって領収書に代えさせていただきます。

※お振込後、「入金確認及び受講決定通知書」をセンターからお送りします。

◆◆◆留意事項◆◆◆

①万一、受講キャンセルされる場合はお早めにお知らせください。お申込者様の都合によるキャンセルの場合は、振込手数料を引いてのご返金となります。

②お振込いただいた受講料等は、開催決定（開催日から起算して14日前。当該日が土日祝日の場合は、それ以前の営業日。）以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承ください。

③当センターの都合で講習を中止する場合は、電話等でご連絡の上受講料等を返還いたします。この場合の振込手数料は、当センターが負担します。

◎センターからのご連絡先に☑をお願いいたします。

申込日：令和 年 月 日

氏 名	フリガナ	生年月日	
		昭和 平成	年 月 日 歳
自 宅 勤 務 先 ※ご希望の連絡先へ ○をお願いします。	事業所名		
	住 所	〒 -	
	連絡先	☐TEL: () FAX: () ☐携 帯: ()	
請求書宛先 ※上記以外の場合は ご記入ください	〒 -		
メールアドレス			
テキスト	第2版 介護福祉士実務者研修テキスト第5巻 3,080円(税込)	購入する・しない	
	新版 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト (指導者用) 880円(税込)	購入する・しない	
保有資格 ※取得資格に○をつけてください ・医師 ・保健師 ・看護師 ・助産師	S・H・R		年 月 日 取得
	資格取得後の実務経験		年 ヶ月

○受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講習に関する通知等の送付及び講習実施に関する連絡、受講の際の本人確認、新規講習等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。

○ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し上記目的以外には使用いたしません。

○上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですが、支部までお申し出ください。

【個人情報に関するお問い合わせ先】 公益財団法人介護労働安定センター熊本支部

TEL: 096-351-3726 FAX: 096-351-3756